

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

330

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 juin 1896, à 1 heure

PAR

GEORGES RABBE

Né à Murat (Cantal), le 5 mars 1869.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

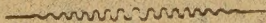
DE LA

PARALYSIE FACIALE
DANS LE ZONA

Président : M. POTAIN.

*Juges : MM. { LANDOUZY, professeur.
WIDAL, GILLES DE LA TOURETTE, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*



PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

330

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 17 juin 1896, à 1 heure

PAR

GEORGES RABBE

Né à Murat (Cantal), le 5 mars 1869.

—†—

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PARALYSIE FACIALE

DANS LE ZONA

Président : M. POTAIN.

*Juges : MM. { LANDOUZY, professeur.
WIDAL, GILLES DE LA TOURETTE, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*

PARIS

PAUL DELMAR

29, Rue des Boulangers, 29

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Histoire naturelle médicale	N.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBENE.
Clinique médicale.	STRAUS.
	G. SÉE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique des malad. des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires. MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. GAUCHER	MM. MARIE	MM. SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERRY
ANDRÉ	GILLE DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef	VARNIER.
BROCA	HARTMANN	des travaux	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	anatomiques	WEISS
CHARRIN.	LEJARS	RETERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET.	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE .

A MA MÈRE

A MON GRAND-PÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN

Professeur de la Faculté de Médecine,

Médecin des Hôpitaux.

Officier de la Légion d'honneur.



AVANT-PROPOS

En faisant de la paralysie faciale au cours du zona, le sujet de notre thèse, nous avons eu pour but, moins d'apporter des données bien nouvelles que de résumer en quelques pages l'état des connaissances actuelles sur cette question.

Les paralysies ou, plus généralement, les troubles nerveux au cours du zona sont peu connus encore. Ce que disait, en 1882, M. Joffroy, (Archives de phys. norm. et pathol.) reconnaissant l'ignorance de ses contemporains en ce qui touche la pathogénie de ces troubles nerveux, pourrait être répété aujourd'hui avec le même à-propos.

Il est vrai que depuis 1882, l'idée qu'on avait du zona a évolué et M. Landouzy en séparant le zona des éruptions zostériformes, en le faisant type morbide, autonome, caractérisé, d'origine infectieuse, a élargi le champ des recherches patho-

géniques qui, lancées dans une voie nouvelle, font entrevoir de féconds résultats.

Qu'il nous soit permis en tête de ce travail de remercier M. le Professeur Potain de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse, honneur dont nous lui sommes profondément reconnaissant.

Que M. le Docteur Rigal, aux côtés duquel nous avons étudié nos premiers malades à l'hôpital Necker, veuille bien recevoir ici l'expression de notre reconnaissance et du souvenir que nous garderons toujours de lui comme d'un savant clinicien, d'un chef dévoué et bienveillant.

Nous n'oublierons pas M. Ledamany, interne des hôpitaux, dont les conseils nous ont fortement aidé dans notre tâche et qui a bien voulu nous traduire les observations des savants étrangers cités au cours de cette thèse.

INTRODUCTION

Sous le nom de zona, on désigne aujourd'hui une éruption vésiculeuse appartenant au type herpès et qui est considérée comme la manifestation d'une maladie générale, infectieuse, dont l'agent pathogène n'est pas encore connu.

L'éruption du zona débute sous forme de placards rouges sur lesquels apparaissent bientôt des vésicules : plus tard ces vésicules deviennent des croûtes, lesquelles tombent en laissant à leur place des macules suivies ou non des taches cicatricielles.

La distinction proposée par M. Landouzy, entre le zona proprement dit, maladie infectieuse, et les éruptions zostéritiformes, produites par des inflammations, des altérations traumatiques, des compressions nerveuses, en un mot par des causes purement locales, tend aujourd'hui à être adoptée de plus en plus.

Sans insister sur ce point de pathogénie, nous

allons seulement donner un rapide aperçu de l'évolution clinique du zona, et des complications qui peuvent modifier son pronostic. Nous étudierons ensuite plus longuement et d'une façon spéciale une complication rare, peu connue encore, la paralysie faciale, qui peut se produire à la suite de l'herpès zoster.

Le zona a pour siège de prédilection la paroi thoracique abdominale, mais on peut le rencontrer sur tous les points de la surface cutanée et même sur quelques muqueuses, les muqueuses labiales et conjonctivales par exemple.

Au tronc, il affecte la forme d'une demi-ceinture, disposition qui lui a valu la dénomination vulgaire de *ceinture de St-André*, *ceinture de feu*; etc., ailleurs il présente des formes quelconques mais partout il semble suivre sur la peau la distribution des nerfs sur le territoire desquels il apparaît.

L'éruption peut apparaître d'emblée sans précession d'aucun prodrome : mais, en général, elle est précédée de phénomènes de durée et d'intensité variables, locaux ou généraux.

Ce sont des malaises peu définis, des frissons ; de la fièvre ; même du délire ; de l'insomnie ; des troubles plus ou moins accentués des fonctions digestives, tels que anorexie, nausées, vomisse-

ments, symptômes assez communs et rencontrés au début de maintes affections.

M. Landouzy leur a donné le nom de *fièvre zostérienne*.

Il est cependant un signe plus important, c'est la douleur locale qui apparaît quelques heures, quelques jours et même quelques semaines avant le début de l'éruption.

Cette douleur affecte un caractère névralgique très net, se diffuse sur une grande surface ou se localise en des points bien déterminés qui sont en général les points de division ou d'émergence signalés par Walleix.

Comme l'a montré Kaposi, l'éruption a toujours une allure aiguë. On voit se former des plaques érythémateuses distantes les unes des autres et séparées par des intervalles de peau saine. Ces plaques sont rondes, ovales ou même allongées et à grand diamètre horizontal dans le cas de zona thoracique. On y voit se développer des papules rouges miliaires, remplacées en quelques heures, vingt-quatre heures au plus par des vésicules du volume d'une tête d'épingle ou d'un petit pois : vésicules transparentes, à reflets brillants, perlés. Ordinairement sur une même plaque les vésicules apparaissent simultanément : Barthélemy admet pourtant la possibilité de poussées

successives. D'après le même auteur, on constate, en même temps que l'éruption ou même avant elle, de l'adénopathie des ganglions lymphatiques correspondants qui augmentent de volume et deviennent un peu douloureux.

Le développement des vésicules peut les rendre confluentes, les faire se fusionner, former des bulles, quelquefois une seule large bulle saillante à contour polycyclique. C'est alors le type de l'herpès phlycténoïde dont la valeur a été longtemps débattue par les dermatologistes. Kaposi (Wiener Med. Wochens. 1875) relate quelques cas d'ailleurs assez rares ou le zona, au lieu de se disposer en plaques se groupait en cercle comme dans l'herpès iris.

Une fois développées, les vésicules restent claires et limpides durant 3 à 5 jours, reposant toujours sur une base rouge débordant les limites de leur groupement. Plus tard le liquide se trouble, se dessèche, la vésicule se flétrit, se ride, s'affaisse, et on voit se former une croûte brun-jaunâtre ou brun-foncé, recouverte de l'enveloppe vésiculaire. Hebra a vu des vésicules, en se desséchant, s'ombiliquer de la même façon que les pustules varioliques.

Du huitième au douzième jour, les croûtes tombent, l'évolution est terminée, il ne reste

plus que des plaques rouges qui peuvent disparaître au bout de quelques semaines ou de quelques mois après une période de légère pigmentation brunâtre ; mais souvent, soit qu'il y ait excoriation par le frottement des vêtements ou par le grattage, etc., il peut se former de petites exulcérations qui laisseront après elles des cicatrices superficielles, arrondies, soit blanches, soit légèrement dyschromiques, avec centre blanc et périphérie brunâtre. Contrairement à Kaposi, Besnier admet que le zona simple, non hémorragique, peut laisser des cicatrices, superficielles indélébiles. Dans un cas, Barié a vu des vergetures succéder à un zona intercostal.

Les vésicules, en effet, peuvent être le siège d'épanchements hémorragiques, elles peuvent suppurer ou être l'origine d'une gangrène attribuable surtout à la gravité des lésions nerveuses qui facilitent l'entrée en scène d'agents infectieux divers, ou encore, mais plus rarement, à l'état général du malade.

Des douleurs névralgiques précèdent parfois le zona, plus souvent elles l'accompagnent dans son cours pour disparaître avec lui ou lui survivre un temps plus ou moins long.

L'observation apprend que les vieillards atteints de zona sont particulièrement sujets à ces névral-

giés qui chez eux sont intenses, rebelles et indéfiniment persistantes. Les enfants au contraire présentent une réaction douloureuse modérée, le plus souvent nulle.

Nous n'insisterons par sur les particularités spéciales à chacune des localisations du zona. Disons seulement que cette maladie suit le plus habituellement une marche cyclique, les groupes éruptifs se développant successivement, les uns au voisinage des autres sans se reproduire jamais à la même place : dans l'espace de quatre à six semaines, deux mois au maximum, ils ont entièrement disparu et le zona ne laisse comme traces de son passage que des macules. A leur niveau d'après Rendu, la peau est complètement anesthésiée et ce fait peut, au même titre que la disposition des cicatrices, servir à établir l'existence antérieure du zona.

Complications. — Les plus fréquentes sont celles qui se produisent au cours du zona ophthalmique. Les lésions oculaires ont été notées par Pacton quatre-vingt-neuf fois sur cent-vingt-six cas, c'est-à-dire dans 70 p. 0/0 et par Zyokalski 67 fois sur 0/0.

Les plus fréquentes de ces lésions sont les conjonctivites qui paraissent à la peau en même temps que l'herpès et quelquefois avant. Dans un

cas de Joy Jeffries, il y eut d'abord des douleurs pendant trois jours, puis survint une conjonctivite et au bout de deux jours seulement, l'herpès fronto-nasal fit son apparition.

La kératite existe en moyenne dans un cas sur trois : elle peut être suivie d'une réparation intégrale ou laisser après elle des leucomes, des opacités, des staphylomes, ou même aboutir à la perforation et à la perte de la vue.

L'iritis se voit dans un cas sur cinq : elle affecte ordinairement la forme séreuse et laisse après elle des synéchies fréquentes.

Une complication qui nous intéresse plus particulièrement que les précédentes rapidement énumérées ci-dessus, c'est l'ensemble des lésions nerveuses qui ont été observées au cours du zona ophthalmique.

La vue peut être affaiblie ou perdue par amblyopie (Bowater, Vernon), atrophie de la papille (Bowmann), névrite optique qui, lorsqu'elle guérit, laisse après elle l'acuité visuelle réduite à $\frac{1}{8}$ (Daquenet), etc.

« Une complication bien plus rare, dit M. Leroux dans l'article Zona du dictionnaire de Dechambre, ce sont les paralysies musculaires. Hybord en a relevé 7 cas ; un huitième a été publié par Blachez ; elles n'ont aucune relation avec l'in-

tensité des douleurs, la gravité, le siège de l'éruption cutanée; le plus souvent il s'agit d'une paralysie du moteur oculaire commun, parfois complète (Blachez), le plus souvent incomplète : il y a ptosis, strabisme ou mydriase, ou combinaison de ces diverses paralysies. Weidner et Bowmann ont vu deux cas de paralysie du moteur oculaire externe. Ces paralysies durent en général peu de temps. »

« On peut, ajoute le même auteur, en rapprocher quelques cas de paralysie faciale. Dans un cas de zona gangréneux du front et du nez, Letulle constata trois semaines après le début, une hémiplegie faciale totale avec perte de contractilité faradique, anesthésie de toute la face et points douloureux sus et sous-orbitaires et mentonniers. »

Dans le zona des deux branches moyennes et inférieures du trijumeau, Kaposi signale la possibilité de paralysie partielle du voile du palais, de durée longue ou indéfinie.

Anatomie pathologique. — Avant d'aborder l'étude de la paralysie faciale dans le zona, nous devons nous demander si nous ne trouvons pas dans l'anatomie pathologique de cette affection l'explication des accidents que nous allons étudier.

La disposition exacte du zona sur le territoire

correspondant à la distribution d'un nerf, les névralgies qui l'accompagnent souvent ne peuvent laisser de doute sur l'intervention du système nerveux dans sa production, et cependant c'est seulement depuis les travaux de Parrot (1856), que le fait a été admis définitivement.

Les examens anatomo-pathologiques de W. Barenstrup, du professeur Charcot, de O. Wiss, de Kaposi, de Chaudelux ont montré en outre que les lésions avaient pour siège les ganglions correspondant au nerf intéressé; et, bien que plusieurs de leurs observations ne portent pas sur de véritables zonas, mais bien sur des éruptions zostériformes, il semble qu'on est en droit de généraliser et d'appliquer au zona les conclusions qui en découlent relatives au siège ganglionnaire de la lésion. Cette lésion consiste en une tuméfaction du ganglion atteint d'inflammation interstitielle.

Mais cette lésion peut manquer et on peut n'observer qu'une névrite plus ou moins intense (Curschmann et Eisenlohr, Pitres et Vaillard).

On voit donc qu'il y a lieu de reprendre l'histoire anatomo-pathologique du zona, car les travaux effectués à ce sujet font bien mal comprendre comment une maladie, aussi nettement individualisée que le zona, peut avoir indifféremment son

siège dans des portions quelconques du système nerveux.

Pour nous résumer, disons que les lésions nerveuses de l'éruption du zona sont mal connues et que l'explication de la production d'une paralysie au cours ou à la suite d'un herpès zoster, nous amènera à sortir du domaine des faits certains pour entrer dans celui des hypothèses. Mais si le moment n'est pas encore venu d'expliquer les paralysies motrices, au moins peut-on démontrer leur existence : les observations que nous rapportons en sont la preuve.

La paralysie faciale dans le zona.

I. — ETIOLOGIE

Parmi les paralysies faciales qui peuvent se produire au cours du zona, nous devons tout abord distinguer deux classes :

1° Les unes n'ont avec l'éruption herpétique aucune relation autre qu'une simple coïncidence. Dans un traumatisme par exemple, le nerf facial est blessé, comprimé, soumis à un processus inflammatoire primitif ou secondaire, la paralysie faciale se produit : Si une lésion simultanée de l'une des branches du trijumeau donne lieu à un

zona, ces deux faits, éruption et paralysie, n'auront aucun rapport de cause à effet. D'ailleurs dans ces cas on n'a pas affaire à un zona proprement dit, mais à une éruption zostériforme. L'observation suivante en est un exemple remarquable.

OBSERVATION I

(Verneuil, *Gazette médicale de Paris*, 1873.)

Ch. Alphonse, 19 ans, taille moyenne, constitution faible, entre à Lariboisière le 13 octobre 1871, à 8 heures du matin; il a eu la tête très violemment serrée entre des caisses remplies de verre dont l'une l'a frappé à la tempe gauche. Perte de connaissance, sommeil profond, dont Ch. ne sort que de temps en temps pour crier et se débattre. Respiration lente, suspicieuse, pouls large et très lent. Température axillaire; 36°,4.

L'intelligence paraît conservée, car lorsqu'on tourmente le blessé de questions, il finit par donner des signes d'impatience et faire quelques réponses.

Malgré la certitude d'un choc sur la tête on ne découvre ni sur la face ni sur le crâne aucune lésion apparente; pas de plaie, pas de bosse sanguine.

Pas de symptômes du côté des nerfs crâniens : pas d'anesthésie ni de paralysie, pas de déviation des traits. La mâchoire inférieure se meut régulièrement, les paupières sont closes, les rides du visage ne sont pas effacées : il n'y a pas de strabisme. Les pupilles sont légèrement rétrécies.

On constate un écoulement sanguin peu abondant, mais continu par le nez, la bouche et les deux oreilles. Quand on demande avec insistance au blessé où il souffre le plus, il finit par porter sa main derrière l'oreille gauche, et parfois aussi quoique plus rarement, derrière l'oreille droite.

Une pression forte exercée en ces deux points provoque de la douleur surtout à gauche.

En examinant avec attention le conduit auditif de ce côté, on remarque que la colonne sanguine qui remplit cette cavité monte et descend avec régularité et que ces mouvements sont synchrones à ceux de la respiration. On ne peut répéter la même exploration à droite parce que Ch. se tient obstinément couché sur ce côté, se débat et pousse des cris perçants quand on veut le déranger.

L'examen attentif des autres régions du corps ne révèle aucune lésion visible. Les membres ne sont ni contracturés, ni paralysés. La sensibilité est partout conservée.

Il y a cependant émission involontaire d'urine et de matières fécales liquides. De temps en temps régurgitation de sang noir provenant sans doute du pharynx ou des fosses nasales.

Diagnostic. — Fracture transversale de la base du crâne, intéressant le rocher gauche, probablement aussi le rocher droit, et traversant la ligne médiane au niveau du sinus sphénoïdal avec contusion cérébrale et épanchement sanguin à la base du cerveau. On prescrit l'opium à petites doses souvent répétées.

Le soir, vive agitation, peau chaude, soif ardente; pouls = 120, petit, rapide. Température rectale = 39°. Face très pâle; l'écoulement de sang continue par le nez et les deux oreilles. On continue l'opium et on applique des sinapismes aux membres inférieurs.

Lendemain matin, 14 octobre. — Nuit calme, le malade prononce quelques paroles indistinctes; l'écoulement sanguin a cessé complètement et ne s'est d'ailleurs plus reproduit. La face est toujours très pâle. De nouveaux signes apparaissent, révélateurs de lésions nerveuses multiples.

1° Paralysie du nerf facial gauche très marquée au visage, mais avec conservation complète des mouvements de l'orbiculaire palpébral gauche.

2° A droite, strabisme convergent et en même temps chute de la paupière supérieure, ce qui se traduit nettement : paralysie du moteur oculaire externe et paralysie incomplète du moteur oculaire commun.

Le nerf facial de ce côté a conservé toute son action.

Derrière l'oreille gauche, vive douleur au toucher et apparition d'une ecchymose dans la région mastoïdienne.

Etat général mauvais, céphalalgie interne intense, le malade gémit continuellement en portant les mains à sa tête. Soif vive, refus absolu d'aliments : langue couverte d'un enduit épais ; pouls vibrant, cependant dépressible et modérément fréquent. Etat comateux persistant : la température est basse, 37°,4.

On prescrit le calomel et un large vésicatoire sur la cuisse gauche.

Le calomel n'ayant provoqué que des vomissements bileux, on applique le soir des sangsues derrière l'oreille gauche.

Le 15, nuit agitée : cris violents intermittents : intelligence paraît plus nette. La région mastoïdienne droite devient à son tour douloureuse au toucher sans qu'on y remarque un gonflement ou une ecchymose.

La paralysie du facial gauche et des moteurs oculaires droits persiste.

Un nouveau phénomène apparaît : toute la peau de la moitié gauche de la face est considérablement hyperesthésiée : le contact le plus léger provoque des cris et de l'agitation. Cependant il n'y a pas de changement appréciable de coloration. On prescrit une application de sangsues derrière l'oreille droite et un lavement fortement purgatif, car depuis les évacuations involontaires du premier jour il n'y a pas eu de selle. Après les selles l'opium sera repris la nuit.

Le 16, on constate une amélioration marquée ; l'abattement est moindre, on obtient quelques réponses claires. La paralysie du releveur de la paupière droite n'est plus aussi complète. Le pouls est meilleur, la soif moins vive : on a obtenu plusieurs selles.

En divers points du tégument de la moitié gauche du visage, qui, la veille, avait présenté une exaltation de la sensibilité, on voit apparaître une éruption herpétique caractérisée. Les groupes composés de 8 à 10 vésicules bien isolées les unes des autres se montrent sur l'aile du nez, le lobule de la lèvre supérieure, la commissure labiale gauche de la lèvre inférieure. L'éruption est exactement limitée à gauche et, sur les lèvres, s'ar-

rière exactement à la ligne médiane : La base des vésicules est à peine rouge : la sensibilité de la peau est toujours exagérée. La région palpébro-frontale ne présente ni hyperesthésie ni éruption.

Le 18, le contenu des vésicules se trouble et la sensation de cuisson qui était assez incommode, se calme. L'état général s'améliore lentement mais d'une façon continue. L'intelligence est presque normale.

Le 20, l'hyperesthésie du côté gauche de la face a disparu. Les vésicules d'herpès sont remplacées par de petites croûtes brunâtres : l'incident est évidemment terminé.

Le malade a fini par guérir en conservant ses paralysies musculaires et divers troubles cérébraux peu intéressant pour le sujet qui nous occupe.

On a purement remarquer que les symptômes nerveux antérieurs à l'éruption herpétique se rapportent surtout aux lésions du cerveau et des nerfs moteurs. La sensibilité tégumentaire n'avait été modifiée jusqu'à l'apparition de l'hyperesthésie, prélude de l'éruption; et qui a disparu avec cette dernière. La nutrition des parties molles de la face, les sécrétions cutanées et salivaires n'ont présenté ni à ce moment, ni plus tard, aucun changement appréciable. Le zona est resté exac-

tement limitée aux parties où se montrait la paralysie du facial respectant même la région palpébrale, l'orbiculaire ayant conservé sa contractilité.

De sorte, qu'au moins en ce cas, on tend à conclure que l'éruption herpétique était plutôt sous l'influence de la lésion évidente du facial que d'une lésion équivoque du trijumeau.

Tout en faisant cette remarque nous ne voulons pas en inférer que le zona n'est pas sous la dépendance des nerfs sensitifs, opinion généralement admise et qui s'appuie très logiquement, d'ailleurs, sur les rapports fréquents entre les névralgies et la dermatose en question.

Il ne serait d'ailleurs pas malaisé de faire rentrer ce fait dans la loi commune en rappelant, que le nerf facial au visage, entraîne avec ses fibres motrices une certaine quantité de fibres sensitives et en faisant remarquer que le ganglion de Gasser a très bien pu être atteint par les désordres causés à la base du crâne à la suite de la fracture.

Ainsi donc, quoi qu'on pense de l'explication donnée par Verneuil, ce cas ne rentre pas ou ne rentre qu'incomplètement dans le cadre des affections que nous voulons étudier puisqu'il s'agit ici, comme le dit Verneuil en tête de son mémoire,

d'un herpès traumatique que les nosographes d'aujourd'hui, Landouzy en tête, séparent malgré l'identité objective, de l'herpès zoster, maladie infectieuse.

Ces cas d'éruptions zostériformes étant éliminés, il nous reste à nous demander dans quels cas de zona apparaît la paralysie faciale.

Dans notre observation II, nous voyons un cas de paralysie faciale à la suite d'un zona de la branche sous-arbitaire du nerf maxillaire supérieur du trijumeau.

Dans l'observation III, le zona occupait le visage, le cou, et le thorax dans sa partie supérieure c'est-à-dire les zones de distribution du trijumeau et du plexus cervical superficiel. Celle de M. Letulle a trait à un zona ophtalmique gangréneux. Dans celle de Strübing, il occupe le visage et la partie supérieure du cou : zones du maxillaire inférieur. Tryde nous apprend que son premier malade avait un zona s'étendant non-seulement dans le département du maxillaire inférieur, mais encore dans celui du plexus cervical superficiel : le second malade avait un zona des branches du maxillaire inférieur.

En somme, dans tous les cas, la paralysie faciale est survenue au cours d'un zona de l'une ou l'autre

des branches du trijumeau avec, dans deux cas, extension au plexus cervical superficiel.

La branche trifaciale la plus fréquemment atteinte était la branche ophtalmique.

II. — PATHOGÉNIE.

Strübing (observ. V), nous apprend que sa malade avait été fréquemment exposée à des courants d'air. Quelle est l'influence du refroidissement sur l'apparition de ce zona et de cette paralysie faciale ? Il est difficile de le dire : ce facteur étiologique est bien noté dans une autre observation, mais comme il fait défaut dans toutes les autres, nous ne saurions lui assigner un rôle plus important que celui de cause occasionnelle ou prédisposante.

Le zona ophtalmique observé par Letulle (observ. IV), fut gangréneux, mais comme c'est un fait unique parmi ceux qui se sont compliqués de paralysie de la septième paire, nous ne pensons pas qu'on doive attacher à ce processus gangréneux, une importance considérable dans la pathogénie de la paralysie faciale au cours du zona.

D'après Strübing, la paralysie faciale peut dans son apparition précéder ou suivre l'éruption cu-

tanée. Le plus ordinairement, l'éruption apparaît d'abord et c'est seulement au 3^e ou au 4^e jour que la paralysie se montre.

Elle n'a pas été observée dans les herpès zoster développés dans les départements des autres nerfs quand les branches du trijumeau sont restées indemnes.

M. Terson (Bulletin médical, 11 juillet 1893), à propos d'un cas de zona ophthalmique unilatéral suivi d'une double kératite destructive, se demande quelle explication donner à ce fait. Il arrive à cette conclusion, que l'hypothèse d'une névrite ascendante (bien que Guérin, Paris 1884, Schirmer : *Arch. fur ophthalmol.* 1892; Deustchmann, Jeffries : *Transact. ophthal. americ Society* 1873, en aient noté des cas), ne conviendrait nullement au fait qu'il a eu l'occasion d'observer. Il pense que des deux côtés la névrose cornéenne a été favorisée par des troubles trophiques et infectieux survenus dans les trijumeaux.

D'un côté, les lésions ont été développées au point d'entraîner un zona, du côté opposé, la lésion cornéenne a évolué seule.

Il y a eu une affection fruste à droite, et complète à gauche dans la branche ophthalmique.

Faisant le même raisonnement, nous pourrions nous demander s'il n'y a pas dans les cas de pa-

ralysie au cours du zona des troubles infectieux portant non plus sur deux nerfs sensitifs, mais sur un nerf sensitif (trijumeau) et sur un nerf moteur (facial). Le résultat de la première névrite serait un zona, celui de la seconde, une paralysie complète ou incomplète comme dans notre observation personnelle.

Hardy (*Gazette des hôpitaux*, 7 septembre 1876), a vu un cas de paralysie motrice très remarquable au cours et à la suite d'un zona.

« Il s'agit d'un zona qui s'était développé à la cuisse suivant le trajet du nerf sciatique. En ces points la douleur était extrêmement vive et avait été prise pour une névralgie de ce gros tronc nerveux. Mais 48 heures après, on vit se développer une éruption considérable de zona, parfaitement caractérisée, et s'étendant depuis le bassin jusqu'aux orteils. Par suite des poussées qui se firent à plusieurs reprises, l'éruption dura 20 jours, mais les douleurs persistèrent pendant un temps beaucoup plus long. Elles étaient accompagnées d'une hyperesthésie telle qu'on ne pouvait toucher la malade sans provoquer des cris de douleur et que la marche était absolument impossible.

Enfin, un mois ou six semaines après le début, j'ai vu survenir une paralysie amyotrophique

complète des muscles du mollet et des parties externes de la jambe et caractérisée par des phénomènes absolument semblables à ceux qu'on observe dans la paralysie infantile. Aujourd'hui, bien que la maladie ait débuté au mois de mai de l'année dernière, la paralysie n'a pas encore complètement disparu ».

Rapprochant ce cas d'un autre dans lequel un zona fut suivi de mort avec des signes de myélite, Hardy semble vouloir rattacher cette paralysie à une inflammation des centres nerveux médullaires. Mais dans sa deuxième observation la myélite existait avant le zona qui n'a été qu'une manifestation de cette inflammation, c'est-à-dire un symptôme : par suite, il doit être considéré comme un faux zona et on ne peut en tirer aucune conclusion.

Dans un cas de zona ophtalmique observé par Blachez, M. Galezowski constata une paralysie de la III^e paire, dans un autre, des troubles de l'accommodation. A leur sujet, il rappelle le mémoire d'Hutchinson, dans lequel sont cités 45 observations de zona ophtalmique. Hutchinson a trouvé à l'autopsie, des lésions de mésocéphale et du ganglion de Gasser, mais ni l'un ni l'autre de ces auteurs ne cherche à expliquer la pathogénie de la paralysie motrice.

Strübing (Herpès Zoster und Lähmung motorischen nerven : *Deutsche Archiv. für Klin. medical* Band, XXXVII) admet que la lésion nerveuse peut se transmettre de l'un à l'autre nerf grâce aux anastomoses qui les unissent.

Il reconnaît pourtant que les conditions dans lesquelles un zona peut se compliquer de paralysie des nerfs moteurs sont variées. Il laisse de côté les éruptions zostériformes consécutives à une lésion nerveuse dans les trous de conjugaison, lésion qui peut s'accompagner d'altération des centres médullaires aussi bien que des nerfs périphériques.

Cet auteur pense aussi que d'une manière générale, la paralysie peut ou non se produire dans le zona, suivant que la lésion qui a produit l'éruption, se localise au niveau de l'encéphale ou de la moelle, aux fibres sensibles, ou suivant qu'elle s'étend jusqu'aux conducteurs de la motricité. Voies motrices et voies sensibles seraient, dans ce dernier cas, blessées simultanément.

La simultanéité du zoster et de la paralysie faciale peut se produire de deux façons différentes, d'après Strübing.

Dans un premier cas, le processus inflammatoire des centres trophiques s'étend aux nerfs moteurs.

Dans un deuxième, c'est l'inverse qui se produit : les nerfs sont lésés les premiers, les voies trophiques en second lieu seulement.

A ces deux ordres nous pourrions peut-être en ajouter un troisième : l'inflammation ou le processus pathologique quel qu'il soit, atteint simultanément les voies ou centres moteurs et sensitifs.

En résumé, Strübing croit que l'inflammation se propage de l'un à l'autre nerf par l'intermédiaire des nombreuses anastomoses qui les unissent.

Quant à nous, sans avoir la prétention de trancher cette question encore obscure, nous ferons remarquer que dans beaucoup de cas, la paralysie faciale a présenté tous les caractères d'une paralysie périphérique. Dans ces cas, ce n'est pas à une lésion centrale qu'il faut songer, mais à une inflammation ou une compression d'un nerf en un point de son trajet.

Quant à l'hypothèse d'une névrite ascendante, nous ne pensons pas qu'on y doive songer, étant donnée la rapidité avec laquelle peut apparaître la paralysie, qui, dans quelques cas, a même précédé l'éruption zostérienne.

III. — DESCRIPTION CLINIQUE.

Dans l'observation de Darabseth, (Lancet, 5 mai 1894), le malade avait déjà sa paralysie quand ce clinicien le vit pour la première fois ; « Pendant que le malade me racontait son histoire, je constatai à première vue la paralysie faciale ; mais, fait curieux, il ne s'en douta que quand son attention fut attirée de ce côté. »

« Il était incapable de fermer l'œil droit quand on l'y invitait. La moitié droite de la peau du front était lisse et luisante. Il était incapable de froncer ou de relever le sourcil du côté malade. Lorsqu'il souriait ou causait, un côté de son visage, restait sans expression. Il ne pouvait ni siffler, ni souffler. Pas d'abaissement du voile du palais ni de déviation de la luette : pas de troubles de l'ouïe. Goût altéré, tous les aliments lui paraissaient insipides.

Ces troubles avaient dû débiter le jour qui suivit l'apparition de l'éruption au visage.

La guérison fut complète au bout d'un mois.

Dans l'observation de M. Letulle, (observ. IV), l'éruption existait depuis une vingtaine de jours lorsque la paralysie fut constatée ; elle était

incomplète. Le malade s'est aperçu tout à coup qu'au moment de boire, le liquide s'échappait par la commissure labiale ; les aliments s'accumulaient dans le sillon gingivo-buccal.

L'orbiculaire des paupières ne peut, à droite oblitérer complètement l'orifice palpétral : la paupière supérieure est légèrement abaissée par suite sans doute de l'épaississement des tissus en voie de cicatrisation : les rides ont disparu à droite mais le sillon naso-génien n'est pas modifié à l'état de repos. La face est légèrement entraînée à gauche et la déviation devient apparente dès que le malade ouvre la bouche parle ou rit. La commissure labiale droite est à ce moment-là fort abaissée.

Le voile du palais, la langue sont intacts, ouïe normale à droite. Les muscles de la face réagissent aussi bien à droite qu'à gauche sous l'influence des courants faradiques.

Nous sommes donc en présence d'une paralysie faciale incomplète partant uniquement sur les muscles sous-cutanés.

Les douleurs et l'hyperesthésie sont devenues plus nettes depuis l'apparition de cette paralysie faciale droite.

Quatre jours après, l'orbiculaire et la totalité

des muscles de la moitié droite de la face ne réagissent plus du tout à la faradisation.

A dater de ce jour, on fait l'application quotidienne de courants faradiques.

A partir du 33^e jour, on applique les courants continus concurremment avec les courants faradiques : d'ailleurs la paralysie faciale commence à céder. L'élévateur de l'aile du nez et le zygomatique se relèvent légèrement quand le malade veut rire. L'orbiculaire des paupières se contracte énergiquement sous l'influence des courants galvaniques, lorsque les deux pôles sont appliqués sur les paupières supérieures et inférieures, tandis que si un quelconque des pôles est mis à l'émergence du facial, on n'obtient pas le moindre mouvement de l'orbiculaire des paupières.

Les courants faradiques ne donnent rien encore.

Au 36^e jour réapparition de la contractilité volontaire.

L'amélioration progresse rapidement et au 40^e jour, lorsque le malade quitte l'hôpital, l'œil se ferme bien, le sillon naso-génien est bien encore un peu rectiligne, la totalité de la moitié droite de la face un peu affaissée, mais mobile sous l'influence de la volonté.

Dans notre observation personnelle, (observ.
R. 3

II), les symptômes furent à peu près les mêmes, la paralysie fut également incomplète, le facial supérieur fut atteint de même que l'inférieur.

La guérison fut complète en trois semaines.

Le malade de Tryde (observ. VII), eut une paralysie très fugace puisqu'elle ne dura que quatre jours, et guérit par l'emploi des courants continus.

La paralysie observée par Strübing (Observ. V) guérit en vingt-cinq jours à peu près, sous l'influence également des courants continus; celle que rapporte Fogge (Observ. VIII), dura au contraire plusieurs mois.

Si nous nous rapportons aux caractères des paralysies faciales si bien résumés par M. le Professeur Dieulafoy à la fin de son article sur la paralysie faciale (Manuel de Médecine), nous voyons que cet auteur nous dit :

1° La paralysie faciale d'origine périphérique présente les caractères suivants : hémiplegie faciale généralement totale, c'est-à-dire étendue au facial inférieur et facial supérieur : cette paralysie est souvent précédée ou accompagnée de douleurs dans la région paralysée ; elle abolit complètement la mimique et l'expression du côté atteint, les réflexes sont perdus et l'on constate dans l'excitabilité électrique des modifications

très nettes. Dans le cas de paralysie intense la réaction sudorale à la pilocarpine est retardée du côté paralysé.

2° L'hémiplégie faciale d'origine intra-temporale offre les mêmes symptômes paralytiques que la variété précédente; mais ce ne sont pas les seuls: on y rencontre, de l'altération du goût, déviation de la luette, exaltation de l'ouïe, qui sont en rapport avec la paralysie des branches nerveuses qui naissent à l'intérieur de l'aqueduc de Fallope.

3° La paralysie faciale d'origine bulbo-protubérantielle ressemble à la paralysie d'origine périphérique par un grand nombre de symptômes, mais elle en diffère en ce que l'hémiplégie faciale est accompagnée d'une paralysie alterne.

4° La paralysie faciale d'origine cérébrale centrale accompagne l'hémiplégie vulgaire, elle respecte ordinairement l'orbiculaire des paupières; les mouvements réflexes sont conservés, les contractions faradiques intactes, et la réaction sudorale à la pilocarpine est identique des deux côtés; enfin la contracture secondaire est extrêmement rare.

5° La paralysie faciale d'origine cérébrale corticale a les mêmes caractères que la variété précédente, cependant l'hémiplégie des membres est

moins étendue, moins complète, elle est limitée au bras ou accompagnée d'aphasie.

En nous reportant à ce que nous avons dit plus haut nous devons donc conclure que la paralysie faciale qui survient au cours du zona est toujours une paralysie d'origine périphérique.

Dans un cas seulement le goût fut altéré, on pourrait admettre que les lésions s'étaient par hasard étendues jusque dans l'aqueduc de Fallope, mais, nous le répétons, cette altération du goût est une exception.

IV. — PRONOSTIC ET DURÉE.

Le pronostic est bénin, nos observations du moins le font très favorable puisque tous les malades ont guéri. La durée la plus brève a été de quatre jours ; mais en moyenne la paralysie faciale dans le zona n'a disparu qu'au bout de 25 à 30 jours.

Dans un cas la guérison n'est survenue qu'après plusieurs mois malgré un traitement rationnel.

V. — TRAITEMENT

Dans notre observation (Obs. II), aucun traitement ne fut employé parce que le malade n'était pas dans des conditions lui permettant de suivre une thérapeutique efficace et parce que la guérison rapide dispensa d'ailleurs d'insister auprès de lui à ce sujet.

Dans les autres, le traitement généralement employé a été, soit les courants faradiques seuls, soit les mêmes associés aux courants continus (Obs. IV) après un certain temps. Les auteurs qui la préconisent attribuent à cette méthode une grande influence sur la rapidité de la guérison. Si donc, une paralysie faciale tardait à disparaître on pourrait avoir recours à ce procédé.

Le Professeur Dieulafoy considère la faradisation comme le traitement le meilleur mais en faisant des réserves sur son emploi qui doit être judicieux, prudent, si on ne veut pas s'exposer à voir apparaître des contractures.

OBSERVATION II (Inédite)

Le nommé A. vient le 4 janvier 1895, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, pour une éruption vésiculeuse apparue sur la joue droite. Le diagnostic est fait de zona de la branche sous-orbitaire du maxillaire supérieur. On indique un pansement à la poudre d'amidon.

Nous prions le malade de revenir à la polyclinique du service le lendemain. Le 5 janvier 1895, une modification considérable s'est produite dans l'état du malade, et voici ce que nous observons et ce qu'il nous apprend à cette date, après un examen détaillé.

Il est âgé de 45 ans et a joui habituellement d'une bonne santé. A 9 ans, il a eu une rougeole qui fut d'ailleurs bénigne et pour laquelle il avait passé une quinzaine de jours à l'hôpital Trousseau. A la suite de cette rougeole il avait eu une conjonctivite qui guérit très bien sans laisser aucunes traces.

A quinze ans il a une pneumonie qui le fait s'aliter une dizaine de jours et au cours de laquelle on lui mit un vésicatoire sur la face postérieure du thorax. La convalescence fut brève, le rétablissement rapide.

A 22 ans, pendant son service militaire, il contracta une blennorrhagie qui dura trois mois, et qui fut traitée à l'infirmerie du régiment, par l'opiat et le bicarbonate de soude. Depuis, il n'a eu aucune autre affection vénérienne, aucune autre maladie grave et s'est parfaitement bien porté. Il déclare ne faire aucun excès, même de boisson et n'être pas fatigué par son travail qui est pourtant pénible, car il est manœuvre chez un gros commerçant.

Il y a cinq jours, il se trouva un peu souffrant, mal à l'aise, avec de l'anorexie, un sentiment de dégoût pour les aliments, des nausées, de l'affaiblissement musculaire. Il continua son travail malgré sa fatigue et au bout de trois jours ces phénomènes disparurent.

Dès le premier jour il s'était purgé avec 30 grammes de sulfate de magnésie.

La veille de sa présentation à Saint-Louis, c'est-à-dire avant hier, il éprouva dans la moitié droite du visage une douleur vive, surtout au-dessous de l'œil et vers la région sus-orbitaire. Cette douleur s'accompagnait d'une exagération de la sensibilité cutanée, car le moindre frottement sur le front ou la joue de ce côté était douloureux. En même temps il remarqua un peu de rougeur sous forme de points espacés et séparés sur la joue.

Le lendemain l'éruption était développée et les vésicules étaient à la période d'état.

Lors de notre examen nous voyons sur la partie moyenne de la joue droite un groupe d'une trentaine de vésicules isolées les unes des autres, formant dans leur ensemble un placard irrégulièrement triangulaire à base supérieure. Cette éruption s'arrête, en haut, un peu au-dessous de la paupière inférieure; en bas, elle dépasse l'extrémité inférieure du nez. En dedans, elle s'avance tout près du sillon naso-génien. En dehors, elle s'étend jusqu'à la partie moyenne de la joue, toute cette surface est rouge avec, par-ci par-là, quelques îlots de peau saine irrégulièrement découpés, ce qui tient à ce que les aréoles, confluentes en certains points, ne le sont pas en d'autres. Les vésicules sont claires, transparentes, d'apparence nacrée, du volume d'un grain de che-nevis. Leur centre est aplati et même légèrement concave, l'aspect de ces vésicules est absolument caractéristique et le diagnostic de zona s'impose.

Dans la journée d'hier, le malade a commencé à souffrir de l'œil du même côté et s'est aperçu que cet œil était rouge. Ce matin cette rougeur est très nette, la conjonctive oculaire et palpébrale est très hyperémisée, légèrement tuméfiée; mais en outre, près du bord externe de la cornée se

voit nettement une vésicule très analogue aux précédentes, quoique de volume un peu moindre.

Sur la conjonctive oculaire, près de cet élément, il y en a un deuxième plus gros. Tous deux sont rempli d'un liquide clair et transparent, ce qui indique la date récente à laquelle elles sont apparues.

Les paupières sont légèrement œdématisées. Le malade souffre de l'œil, il a la sensation de corps étrangers, de grains de poussière roulant entre la paupière et l'œil : il tient ce dernier fermé et ne peut supporter la lumière.

L'examen des viscères ne révèle rien d'anormal : poumons sains, urine non albumineuse.

La lésion oculaire nous fait lui conseiller d'aller consulter un oculiste pour que le traitement puisse être dirigé de façon à éviter autant que possible les complications oculaires si fréquentes au cours du zona ophtalmique et qui en font la gravité. Il se présente à la clinique des Quinze-Vingts où nous le retrouvons.

Les manifestations oculaires du zona cèdent rapidement et sans complications à des pulvérisations d'iodoforme et des collyres à l'atropine. Mais, fait plus important, au 4^e jour qui suit l'apparition du zona nous remarquons un léger degré de paralysie faciale. Le malade d'ailleurs attire

notre attention sur ce point. Il avait remarqué ce matin 8 janvier, que sa bouche était de travers et que certains mouvements étaient impossibles. Il ne pouvait par exemple ni souffler, ni siffler, etc.

Nous notons une déviation de tout le visage vers le côté gauche. La commissure droite est plus rapprochée de la ligne médiane.

Les sillons naso-génien, etc., sont moins marqués du côté droit que du côté gauche. Le côté droit du visage semble plus étendu, il est plus lisse, plus antérieur. Les mouvements d'ouverture de l'œil droit se font très bien ; mais l'occlusion n'est qu'incomplète. L'odorat et le goût ne sont nullement altérés. En somme ce malade est atteint d'une paralysie faciale du côté droit : cette paralysie est incomplète, car sous l'influence de la volonté, des contractions légères peuvent encore se produire dans les muscles de cette moitié de la face.

L'état de l'œil s'améliore, les vésicules rompues ont laissé quelques exulcérations superficielles. Le même traitement est continué.

Le malade nous dit ne pas s'être exposé au froid ces jours derniers : il s'enveloppe très chaudement pour venir à la consultation et ne sort pas pendant la journée.

Nous ne trouvons aucune explication de cette

paralysie faciale que nous sommes contraints de considérer comme une complication de l'herpès zoster.

On n'applique aucun traitement à la paralysie.

Quatre jours après nous revoyons le malade qui n'a plus, en fait de zona, que des croûtes violacées avec une auréole légèrement pigmentée.

Les excoriations cornéennes et conjonctivales ont disparu : iris normal réagissant très bien à l'atropine. Il n'existe autour de la cornée aucun cercle vasculaire symptomatique d'iritis, mais seulement un peu d'injection générale de la conjonctive.

La paralysie faciale ne s'est pas modifiée ; elle persiste sans croître ni diminuer.

Sur notre demande il vient nous revoir le 28 janvier. Il est alors complètement guéri.

Pas de traces de lésions oculaires, pas la moindre rougeur de la conjonctive. Sur la joue droite il y a encore les macules brunâtres, dont la pigmentation est d'ailleurs peu accusée.

La paralysie faciale est entièrement guérie : le visage est parfaitement symétrique et aucune déviation ne se produit dans les actes précités. L'occlusion de l'œil est parfaite.

OBSERVATION III.

*Paralysie de Bell accompagnant un herpès
zoster. Guérison.*

(Par Naorogi B. Darabseth, *Lancet*, 3 mai 1894).

Le 4 janvier un malade indien âgé de trente-cinq ans vint demander conseil pour une éruption vésiculeuse de la moitié droite de la face, du cou, et du thorax. Au dire du malade l'éruption fut remarquée sur le côté droit de la poitrine, le 28 décembre 1893, c'est-à dire huit jours avant et s'étendit ensuite de bas en haut au cou, derrière l'oreille et en dernier lieu au visage. Elle était d'abord, dit-il, rouge et enflée comme la piqure d'un moustique, légèrement surélevée sur la peau environnante et de consistance solide; mais les éléments commencèrent à se remplir de liquide après deux ou trois jours. En quatre jours les vésicules s'étendirent du tronc au cou : l'éruption était complète le 31 décembre. Aucune nouvelle éruption ne fut notée après celle-là qui avait été accompagnée de symptômes fébriles, mais sans prodromes. Le quatrième jour l'éruption s'étendit au visage, il survint du gonflement de la face et des fourmillements douloureux dans l'oreille et

au-dessous, derrière l'angle du maxillaire inférieur. Il n'avait eu aucune poussée antérieure d'herpès et n'avait jamais souffert de l'oreille auparavant. Il ne pouvait indiquer de cause d'apparition de cette éruption. En examinant les vésicules sur le cou, vésicules qui sont au nombre d'environ trente-cinq, on voyait qu'elles s'étendaient du bord inférieur du maxillaire jusqu'à la clavicule et de la ligne médiane jusqu'au bord postérieur du trapèze. Sur le tronc l'éruption occupait le 4^e espace intercostal en avant et en arrière, et suivait le trajet du 4^e nerf intercostal. Sur le visage elle remontait derrière l'oreille sur l'apophyse mastoïde à la région temporale et sur le front. Il y avait aussi quatre vésicules sur la joue, sur une ligne correspondant à la branche buccale du nerf facial. Toutes ces éruptions étaient vésiculeuses, contenaient un liquide clair, aqueux, sauf quelques-unes sur la face antérieure du thorax, qui commençaient à se dessécher. Comparée à celle du côté sain, la sensibilité du côté malade était diminuée. Le sujet sentait la piqure d'une pointe d'aiguille comme une pointe émoussée. Il se plaignait d'une sensation de brûlure, d'engourdissement dans toute l'étendue de la lésion et de fourmillement dans et derrière l'oreille avec de temps en temps des piqures douloureuses. Les

éléments éruptifs avaient des dimensions variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un petit pois. Ils étaient isolés et n'avaient aucune tendance à la confluence. Pendant que le malade racontait son histoire, la mimique anormale de son visage rendait évidente la paralysie faciale droite, mais fait curieux, il ne s'en douta que lorsque son attention fut attirée de ce côté.

Il avait une paralysie plus ou moins complète du côté droit de la face. Il était incapable, lorsqu'on le lui demandait, de fermer l'œil droit. La moitié droite de la peau du front était lisse et luisante. Il était incapable de froncer ou de relever le sourcil du côté malade. Lorsqu'il souriait ou causait, un côté de son visage restait sans expression ; il ne pouvait pas siffler, ni souffler, ni cracher proprement, et la joue était repoussée par les fortes respirations.

Il y avait une diminution notable de la sensibilité cutanée du thorax, du cou et du visage du côté malade. Pas d'abaissement du voile du palais ni de déviation de la luette.

Le malade se plaignait de fourmillements douloureux dans l'oreille et dans son voisinage, mais il n'y avait pas de trouble de l'ouïe.

A l'examen l'oreille fut trouvée saine, bien que

la peau du voisinage de l'orifice externe fut légèrement gonflée.

Le côté droit du visage était tuméfié et semblait plus grand que le côté gauche.

Le sens du goût était altéré, tout semblait insipide.

Les aliments s'accumulaient entre les dents et la joue droite, et il était obligé de les retirer avec ses doigts.

Comme il ne s'était pas aperçu de sa paralysie il n'avait pu donner la date de début ; mais ses aliments, disait-il, s'accumulaient derrière sa joue depuis trois jours et comme l'éruption générale remonte à huit jours, celle de la face à quatre jours, il est probable que la paralysie a débuté le jour qui a suivi l'apparition de l'éruption au visage.

6 janvier 10^e jour. — Tous les éléments éruptifs du thorax, quelques-uns de la face et du cou se sont desséchés.

12 janvier. — Les croûtes sont toutes tombées. La paralysie faciale s'améliore. Le malade peut fermer l'œil à peu près bien, mais il ne peut pas encore siffler. Il peut produire un certain degré d'élévation des sourcils.

Le 19. — Le patient est beaucoup mieux : il peut siffler et les aliments ne s'accumulent plus

derrière sa joue droite. Il peut fermer les yeux, mais la contraction volontairement énergique de l'orbiculaire ne peut arriver à plisser la peau des paupières.

Il a encore des fourmillements d'oreille ; mais aucune douleur lancinante.

Le 24. — Le patient est entièrement guéri et il ne reste aucun signe de sa paralysie antérieure.

Il peut fermer avec force les deux yeux et mouvoir facilement tous les muscles du visage. Pas de douleur d'oreille. Taches pigmentées à la place des vésicules. Légère anesthésie de la zone pigmentée, mais pas aussi marquée qu'auparavant.

La paralysie faciale accompagne rarement une attaque d'herpès zoster de la face. Il n'y a qu'un cas semblable cité par le Dr Fogge ou elle survint vingt-quatre heures après un zona, le malade guérissant après plusieurs mois.

Mon cas est intéressant par ce fait que la paralysie fut complète; il en guérit complètement avant le 28^e jour à dater de l'apparition de l'herpès. Il n'y avait dans son histoire aucun refroidissement, et il n'avait jamais souffert de l'oreille. Cette douleur d'oreille et du voisinage siégeait, je pense, dans le nerf facial plutôt que dans l'oreille même. Cette douleur était augmentée par une pression derrière le pavillon et l'angle de la mâchoire ;

mais les mouvements imprimés à l'oreille ne causaient aucune douleur. La paralysie peut avoir une origine réflexe, mais à cause de la nature des douleurs, je pense qu'il s'agissait d'une névrite. On dit que quand l'herpès zoster affecte la face, il laisse le plus souvent après lui des escharres permanentes, or, dans ce cas il ne resta d'autres marques que les taches pigmentaires dans les endroits où l'éruption parut tout d'abord.

OBSERVATION IV

Letulle: *Archives de Physiologie* (1882) *Sur un zona ophthalmique gangréneux, compliqué de paralysie faciale.*

Repostier Jean, 51 ans, cuisinier, entre le 23 avril 1880 dans le service de M. le Professeur Vulpian à la Charité. Cet homme dont la santé robuste n'a été troublée que par deux attaques de rhumatisme articulaire aigu, il y a 15 et 17 ans, et par quelques poussées d'eczéma, est pris, depuis six jours d'une affection aiguë douloureuse qui l'oblige à suspendre son travail.

Il raconte que le 19 avril au matin, en se levant, il ressentit dans toute la région frontale droite et au niveau de l'angle externe de l'œil droit une

douleur vague, sorte de gêne et de pesanteur qui persista toute la journée pendant son travail.

Le 20, la douleur était devenue très vive; insupportable; elle occupait toute la région fronto-pariétale droite, irradiant dans la paupière supérieure dont le bord était le siège d'une sensation de cuisson très pénible.

Depuis ce jour jusqu'à l'entrée à l'hôpital cette douleur diffuse n'a fait que s'accroître; elle est devenue atroce; hier enfin, une éruption vésiculeuse a commencé à se produire au niveau des régions douloureuses.

Etat actuel. — Au moment où l'on voit le malade pour la première fois, la face offre l'aspect suivant; l'éruption constituée par de larges vésicules jaune-brunâtre, légèrement affaissées et réunies par plaques cohérentes, occupe sur la région frontale droite un espace parfaitement limité à gauche sur la ligne médiane que les plaques débordent d'un millimètre environ, à droite par une ligne verticale passant par la partie moyenne du sourcil. La racine du nez du côté droit, une petite partie de la paupière supérieure droite au voisinage de l'angle interne de l'œil sont également le siège de l'éruption vésiculeuse.

La bande vésiculeuse formée par l'éruption sur la peau du front occupe une largeur de deux à

trois centimètres, elle s'arrête en haut au niveau des cheveux et respecte entièrement le cuir chevelu.

Tout le reste de la région frontale droite, les deux paupières et la presque totalité de la joue droite sont le siège d'une rougeur très vive et l'épiderme paraît fragmenté par lamelles irrégulières, d'un centimètre environ, adhérentes encore pour la plupart assez intimement par leur centre à l'épiderme sous-jacent.

Cette desquamation épidermique ne doit se rattacher à aucune irritation locale causée par un topique quelconque, le malade s'étant contenté de se couvrir la face avec de l'ouate depuis le début de sa maladie.

D'ailleurs ces mêmes régions érythémateuses sont envahies par un œdème très notable, car les traits paraissent bouffis et le doigt s'imprime profondément dans ces tissus mollasses. L'œdème déborde à gauche de la ligne médiane et gagne la totalité du front.

Détail important: on constate aussi cette œdème et cette même rougeur, mais moins vive dans toute l'étendue du cuir chevelu qui recouvre non seulement la région frontale droite, mais encore les deux régions pariéto-temporales droite

et gauche jusqu'au niveau d'une ligne verticale qui paraissait en arrière des oreilles.

La température (à la main) des téguments envahis par l'œdème, est certainement beaucoup plus élevée que du côté opposé.

Si l'on en juge par la coloration jaune-brunâtre des vésicules, par leur affaissement déjà marqué, on peut estimer que l'éruption est arrivée à une période plus avancée que ne le donnerait à penser le dire du malade.

En effet, il y a déjà 4 jours qu'il avait remarqué que la paupière supérieure de l'œil droit était gonflée. Il est probable que c'est de ce jour que daté le début de l'éruption.

Aujourd'hui les plaques jaune-brunâtre sont entremêlées de pustules brun-noirâtre, planes, déprimées même, de date déjà ancienne.

Sur quelques points cependant on aperçoit des plaques d'herpès beaucoup plus récentes. Un peu au-dessus de la saillie de l'os malaire droit se montre une plaque de zona composée de 8 à 10 petites vésicules blanchâtres, conglomérées, dont deux ou trois seulement se couvrent d'un léger exsudat jaunâtre melliteux.

Il ne s'agit pas là de vésicules herpétiques mal développées, avortées, comme on en voit souvent

au voisinage de larges plaques de zona sur le tronc ou sur les membres.

Sur l'aile droite du nez se voit en outre un autre îlot de vésicules plus jeunes encore que les précédentes, contenant un liquide absolument incolore rappelant la plaque d'herpès labialis sortie depuis quelques heures. Cette plaque de l'aile du nez est large d'environ un centimètre $1/2$ et correspond au point d'émergence du nerf naso-lobaire.

L'œil droit s'ouvre difficilement à cause du gonflement considérable des paupières. La conjonctive bulbaire et palpébrale est rouge et très vascularisée ; elle forme même un léger chémosis à la partie inférieure de la cornée.

La cornée et l'iris sont normaux. Pas de photophobie.

Rien dans la cavité buccale.

Les douleurs sont bien moindres depuis ce matin, il semble que l'éruption ait soulagé le malade. La sensibilité paraît diminuée dans le voisinage des plaques d'herpès. Pas de plaques d'hyperesthésie.

Dès le surlendemain de son entrée, la douleur a presque complètement disparu ; la pression sur les points d'émergence des sus et sous-orbitaires est encore assez pénible. Les ganglions sous-maxillaires droits sont engorgés et douloureux ;

à gauche, mêmes phénomènes mais moins accentués que du côté du zona. L'œdème du côté gauche du front (côté sain) semble avoir augmenté légèrement, la douleur y est toujours vive ; à droite (côté malade), la conjonctive est un peu moins congestionnée ; la cornée est intacte.

L'éruption s'affaisse, les croûtes se forment, noirâtres presque partout. On peut, sur la plaque de la région malaire, suivre le mécanisme de la formation de ces croûtes.

En effet, au niveau de deux ou trois vésicules devenues pustuleuses, l'épiderme soulevé par le liquide se déprime au centre, se dessèche et forme une croûte noirâtre qui bientôt recouvre la totalité de la pustule.

La sensibilité cutanée paraît diminuée dans le département du sus et du sous-orbitaires droits.

29 avril. — Depuis le début le pansement du zona avait été fait avec du baume tranquille et de la poudre d'amidon. On s'aperçoit aujourd'hui que la suppuration est abondante sous les croûtes formées par l'éruption.

En nettoyant ces croûtes, on découvre quelques plaques gangréneuses produites aux dépens des téguments envahis par l'herpès zoster ; ces plaques irrégulières à bords déchiquetés s'étagent sur la hauteur du front, près de la ligne médiane.

Elles empiètent sur la racine du nez à droite et d'autre part sur la tête du sourcil droit. Ces îlots de gangrène, semblent occuper la peau dans toute son épaisseur ; ils sont isolés au milieu des téguments qui suppurent abondamment, et leurs bords sont pour la plupart détachés de la peau enflammée qui les entoure.

Le bord libre de la paupière supérieure offre aussi quelques petits îlots sphacélés, noirâtres, secs, adhérant encore intimement par des tractus aux tissus sous-jacents.

1^{er} mai. — L'œdème des joues a notablement diminué, la suppuration consécutive au zona est abondante. Il n'y a plus de douleur.

4 mai. — La plupart des plaques gangréneuses ont disparu, enlevées par la suppuration. La cicatrisation marche rapidement : de gros bourgeons charnus remplissent les dépressions formées par la chute des escharres. Il ne reste plus aujourd'hui qu'une escharre au-dessus de l'angle interne des paupières. La petite plaque de la région malariale droite seule n'a pas suppuré. Les croûtes qu'elle a formées sont tombées.

La conjonctive est toujours injectée.

7 Mai. — Le malade a éprouvé hier quelques douleurs très supportables dans la face ; il les

ressent encore : elles occupent la région du sus-orbitaire et du nasal.

Les ulcérations du front sont presque complètement cicatrisées : la paupière supérieure suppure encore largement, surtout au niveau de l'angle interne de l'œil.

9 mai. — Quelques douleurs plus vives dans la région pariétale droite. La cicatrisation est presque complète, sauf au niveau de la région intersourcilière. En somme il ne se passe guère de journée sans quelques douleurs variables en intensité et en étendue. On peut dire cependant que le nerf ophthalmique est encore douloureux.

10 mai. — La cicatrice est complète dans la région frontale où elle se montre sous forme de plaques blanches déprimées, la région sourcilière est encore en voie de suppuration.

En regardant le malade on s'aperçoit qu'il est atteint d'une paralysie faciale incomplète du côté droit. Hier, dans l'après-midi, il s'est aperçu tout à coup en buvant que le liquide s'échappait de sa bouche par la commissure labiale ; les aliments s'accumulèrent dans le sillon gingivo-labial.

L'orbiculaire des paupières droites ne peut oblitérer complètement l'orifice palpébral, cependant la paupière supérieure droite est légère-

ment abaissée par suite sans doute de l'épaississement des tissus en voie de cicatrisation.

Les rides ont disparu à droite; mais le sillon naso-génien n'est pas modifié à l'état de repos : la face est légèrement entraînée à gauche. La déviation devient très apparente dès que le malade ouvre la bouche, parle et rit. La commissure labiale droite est alors fort abaissée. Le voile du palais, la langue sont intacts, l'ouïe est normale à droite. Les muscles de la face réagissent aussi bien à droite qu'à gauche sous l'influence de courants faradiques.

Nous sommes donc en présence d'une paralysie faciale incomplète, partant uniquement sur les muscles sous-cutanés.

On recherche avec soin l'état de la sensibilité. Elle est manifestement diminuée, presque abolie sous toutes ses formes dans le territoire du sus-orbitaire; diminuée aussi, mais à un degré bien moindre dans la région du sous-orbitaire; elle semble un peu diminuée sous la région du menton. Elle est normale du côté gauche.

La pression éveille une douleur assez vive au niveau des points sus-orbitaires, sous-orbitaires, malaire, condylien; peu vive au niveau du point mentonnier. D'ailleurs, le malade éprouve spontanément une douleur diffuse, sorte de sensation

de pesanteur douloureuse dans toute la moitié droite de la face. Il semble que ces douleurs soient plus nettes depuis l'apparition de cette paralysie faciale.

11 mai. La paralysie faciale s'accuse mieux qu'hier. La faradisation permet de constater une diminution notable de la contractilité des muscles et surtout de l'orbiculaire du côté droit.

13 mai. L'orbiculaire et la totalité des muscles de la face du côté droit ne régissent plus du tout à la faradisation.

L'anesthésie reste la même dans les régions signalées. Quelques douleurs péri-orbitaires assez vives, surtout dans la région du sus-orbitaire.

De ce jour on commence l'application quotidienne de courants faradiques. Le zona pendant ce temps marche rapidement vers la cicatrisation.

Le 18, la sensibilité paraît revenir dans la région des sus et sous-orbitaire et du nasal. Toute l'étendue des téguments envahi par le zona est d'un rouge violacé et la cicatrisation est terminée.

Les muscles de la face sont toujours immobiles.

Le malade se plaint en outre, pour la première fois, d'une douleur vive sur le trajet du sciatique droit. La pression sur ce nerf est surtout douloureuse en dedans du trochanter et à la partie

moyenne de la cuisse. Il attribue à l'action d'un refroidissement les douleurs qu'il éprouve ainsi que sa paralysie faciale ; son lit est contre une fenêtre qui ferme aussi mal que possible et bien souvent, dès le début de son séjour à l'hôpital, de violents courants d'air venaient frapper sa joue droite et réveiller ses douleurs.

A partir du 21 mai, on applique les courants continus concurremment avec les faradiques. D'ailleurs la paralysie faciale diminue déjà ; on remarque que l'élévateur de l'aile du nez et le zygomatique se relèvent légèrement quand le malade veut rire. L'orbiculaire des paupières se contracte énergiquement sous l'influence des courants galvaniques, lorsque les deux pôles sont appliqués sur les paupières supérieures et inférieures. Tandis que si un quelconque des pôles est mis à l'émergence du facial, on n'obtient pas le moindre mouvement de l'orbiculaire des paupières. Il en est de même pour les autres muscles que l'on peut isoler. Les courants faradiques ne donnent rien encore. Même état jusqu'au 25 mai, où l'on constate que l'orbiculaire des paupières se contracte un peu spontanément : la moitié droite de la face se relève. Même état de la sensibilité qui est toujours un peu moindre à droite qu'à gauche, sauf en un point qui représente une mince bande

verticale située immédiatement à droite de la ligne médiane, large de 5 à 6 m/m et au niveau de laquelle l'anesthésie est absolue. Cette zone d'anesthésie commence à la racine du nez et s'arrête au cuir chevelu.

L'amélioration progresse rapidement à partir de ce jour, et le 30 mai le malade peut quitter l'hôpital dans l'état suivant :

L'œil se ferme bien, le sillon naso-génien est encore un peu rectiligne, la totalité de la face droite un peu affaissée mais mobile sous l'influence de la volonté.

La sensibilité reste encore amoindrie dans la région du sus-orbitaire, la plaque d'anesthésie frontale persiste.

Les cicatrices du zona sont toujours violacées; les douleurs spontanées ont presque complètement disparu.

OBSERVATION V

(Résumée)

Strübing : *Deutsche Archiv. f. Klin. medicin.*
tome XXXVIII, p. 513.

Une femme de 52 ans, après s'être exposée à des courants d'air répétés, a eu une série d'at-

taques d'hémicrânie qui ont guéri en des intervalles de huit à quatorze jours. Elle vient consulter le 12 juin pour un zona de la face et de la partie supérieure du cou, qui s'est compliqué de paralysie faciale. Sous l'influence de courants continus, cette paralysie finit par guérir le 8 juillet.

OBSERVATION VI

(Résumée)

Tryde : *Schmidt's Jarbucher* Bd, 154, S. 273.

Chez une femme âgée de 39 ans, apparut quatre semaines avant son accouchement, sur la moitié gauche du cou, autour de l'oreille et sur l'épaule, un zona qui s'étendit jusqu'à la nuque et à la partie postérieure du cuir chevelu, en arrière jusqu'à la région malaire et la commissure labiale en avant. Au moment de son accouchement une amélioration survint dans son état, l'exanthème devint pourtant plus florissant. Les jours suivants on constate une paralysie motrice du facial. L'éruption disparut d'abord, puis la paralysie fut guérie par l'emploi des courants continus.

OBSERVATION VII

(Résumée)

(Tryde : *Nord med. Arch.*)

Chez un sourd-muet de 20 ans, se produisit un zona sur le côté gauche du cou le long des rameaux du maxillaire inférieur.

Trois jours après survenait une paralysie faciale du même côté qui guérit au bout de quatre jours par l'emploi de courants continus.

OBSERVATION VIII

(Fogge, in Darabseth)

Fogge a observé une malade chez laquelle vingt quatre heures après son apparition un zona se compliqua d'une paralysie du nerf facial. Cette paralysie eut une longue durée; elle finit pourtant par guérir, mais au bout de plusieurs mois seulement.

CONCLUSIONS

Parmi les nombreuses complications qui peuvent survenir au cours du zona de l'une ou l'autre des branches du trijumeau, il faut compter la paralysie faciale qui apparaît surtout dans le zona de la branche ophthalmique.

Elle survient avant ou après l'éruption.

Cette paralysie faciale est rare : sa pathogénie est mal connue.

Elle a tous les caractères de la paralysie faciale périphérique.

Sa durée varie de quatre jours à plusieurs mois.

Elle s'est toujours terminée par la guérison qui peut être spontanée.

Le traitement par les courants continus a donné de bons résultats.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- DARABSETH. — Paralyse faciale consécutive à un herpès zoster. *Lancet*, 5 mai 1894.
- BARTHÈS. — Du zona (Thèse de Paris, 1873).
- HYBORD. — Contribution à l'étude du zona ophthalmique.
- BLACHEZ. — Zona ophthalmique (*Gazette des hôpitaux*, 1880).
- GUÉRIN. — Zona ophthalmique (Thèse de Paris, 1880).
- LETULIE. — Zona et paralysie faciale (*Arch. de Physiologie normale et pathologique*, 1882, tome 9, page 162).
- BALDET. — Pathogénie du zona (Thèse de Paris, 1895).
- GOLDSMICH. — Zona et strabisme (*Société médicale des hôpitaux*, 26 mai 1893).
- BERBEZ. — Le zona (*Gazette des hôpitaux*, 16 avril 1892).
- BARTHÉLEMY. — Névrite du zona (*Bulletin de la Société de dermatologie*, 23 juillet 1891).
- HUGO, DAVIDSON et BERNHARDT. — Zona du plexus honteux gauche et rétention paralytique

d'urine. Berlin Klin. Wochenschrift, 28 juillet 1890.

CARTIER. — Zona intercostal ; altérations nerveuses à distance (France Médicale, 5 décembre 1890).

DESPAIGNES. — Paralyse faciale périphérique (Thèse de Paris, 1890).

STRÜBING. — Herpès zoster und Lahmung motorischer Nerven (Deutsche Archiven für klin. Med. Band XXXVIII).

JOFFROY. — Zona et atrophie du membre supérieur (Archives de Physiologie, 1882).

HANDFIELD JONES. — Zona cervico-brachial, paralysie (Medical Times and Gazette, p. 536, 1876).

HARDY. — Gazette de Paris, 1873.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales : articles zona et paralysie.

Nouveau Traité de Médecine.

DIEULAFOY. — Manuel de Médecine.

CHARCOT et COTARD. — Mémoire de la Société de Biologie, 1865, page 41.

KAPOSÍ. — Centralblatt 1873, p. 364.

RIESEL. — Deutsche med. Wochens., n° 23, 1876.



Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,
POTAIN

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

